flash GRIPPE

volume 5 / numéro 6

Le vendredi 20 février 2015

LA CIRCULATION DU VIRUS DE L'INFLUENZA A(H3N2) TARDE À DIMINUER

FAITS SAILLANTS

En date du 15 février 2015 (Semaine CDC 2015 06)

SITUATION AU QUÉBEC

L'activité du virus de l'influenza A(H3N2) tarde à diminuer

- Six semaines après avoir franchi le pic d'activité de la grippe due au virus de l'influenza A(H3N2), la circulation de ce virus demeure importante dans la province de Québec ; celle de l'influenza B, bien qu'encore faible, est en augmentation. Si la tendance se poursuit, le nombre de cas confirmés et le nombre de décès par pneumonie/influenza (qui ne sont que partiellement dus à la grippe) seront plus élevés qu'à l'habitude. Cette situation n'est toutefois pas exceptionnelle lorsque l'influenza A(H3N2) prédomine la circulation.
- Seulement les consultations pour un syndrome d'allure grippale (SAG) et les départs de l'urgence avec un diagnostic pneumonie/influenza connaissent un excès par rapport aux saisons grippales précédentes. Cela est vraisemblablement dû en partie à l'augmentation de la circulation du virus respiratoire syncytial (VRS) qui est détecté dans 15 % des échantillons soumis.
- On observe une stabilisation des autres indicateurs, notamment ceux qui sont associés globalement aux admissions pour pneumonie/influenza. Par contre, on constate un remplacement des admissions des personnes âgées de 65 ans et plus au profit des admissions pédiatriques (chez les moins de 18 ans), une tendance pouvant être cohérente avec la hausse de l'activité du VRS et de l'influenza B.

AU CANADA ET AILLEURS

- Comme c'est le cas au Québec, le virus de l'influenza A(H3N2) domine toujours la circulation à l'échelle canadienne. Bien que la majorité des indicateurs soient à la baisse, le niveau d'activité grippale demeure stable. Le virus de l'influenza B est aussi peu présent. Ainsi, au cours de la semaine CDC 5, il n'a été identifié que dans 2 % des tests demandés et déclarés au Canada.
- On observe une situation similaire aux États-Unis. L'activité grippale est toujours élevée dans la majorité des États, alors qu'en moyenne, 15 % des tests sont positifs pour l'influenza. Le virus de l'influenza A(H3N2) y domine aussi la circulation, tout comme c'est le cas au Québec et dans le reste du Canada.
- Une seconde étude évaluant l'efficacité du vaccin contre la grippe en 2014-2015, à laquelle ont participé trois hôpitaux québécois, a été publiée dans *Eurosurveillance* le 5 février dernier. Les auteurs estiment que l'efficacité du vaccin à prévenir les hospitalisations aurait été de −17 % (IC 90 % : −49 à +8 %). Ces données donnent aussi à penser que le vaccin a eu une efficacité très limitée, voire nulle, quant à la prévention des hospitalisations dues à l'influenza A(H3N2) qui circulait de façon presque exclusive au Canada durant la période à l'étude. L'article complet (en anglais seulement) est consultable à l'adresse suivante : http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21024.

AUTEURS

Rédaction assurée par Dre Isabelle Rouleau, avec la collaboration du Bureau de surveillance et de vigie (BSV) ainsi que des membres du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza (GPSVI). Les personnes suivantes ont participé à la préparation du présent numéro : Dre Danielle Auger, Dr Nicholas Brousseau, Dr Hugues Charest, Dre Monique Douville-Fradet, Dre Lyne Judd, Dre Christine Lacroix, Dre Christine Martineau, Mme Marlène Mercier, Mme Marie-Michelle Racine, Dre Renée Paré.

Pour recevoir le bulletin par courriel dès sa parution

Tout au long de la saison grippale, notre infolettre Flash-Grippe vous informera des actualités épidémiologiques concernant la grippe et les autres virus respiratoires. Demeurez informé de la situation en vous inscrivant à l'adresse suivante **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement**.

Québec

ACTIVITÉ VIROLOGIQUE

Une saison grippale qui perdure, comme les températures froides

Même si un pic a été atteint durant la période des fêtes, l'activité grippale est depuis demeurée à un niveau élevé. Au cours des trois dernières semaines, soit du 25 janvier au 14 février 2015, les proportions des échantillons dans lesquels on a pu détecter l'influenza (A ou B) ont été de 17 %, 17 % et 18 % respectivement, et le nombre de cas détectés par semaine est aussi demeuré stable en passant de 551 à 524, puis à 548 cas confirmés. Le virus de l'influenza B, dont la circulation débute le plus souvent à la fin du mois de janvier, demeure encore faiblement détecté par les laboratoires du Québec, lesquels ne l'ont identifié que dans 6 % des échantillons testés. La majorité (91 %) des souches d'influenza B isolées au Canada étaient similaires à celle qui est contenue dans le vaccin.

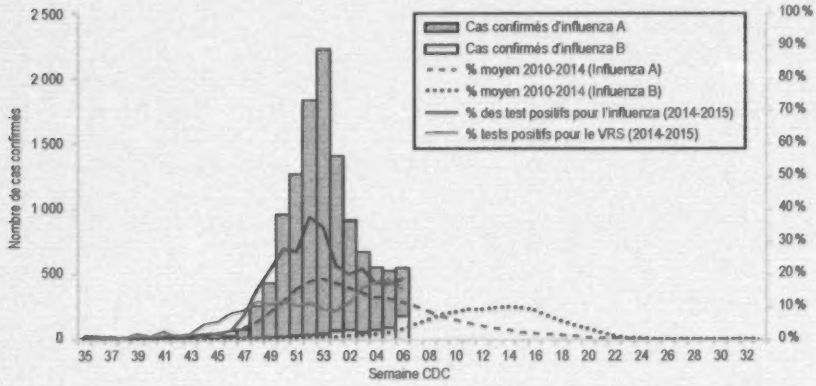
La presque totalité des souches du virus de l'influenza A isolées au Québec présentent une dérive antigénique par rapport à la souche vaccinale contenue dans le vaccin produit pour la saison grippale 2014-2015. La dérive du virus de l'influenza A(H3N2) semble avoir été suffisamment importante pour faire diminuer l'efficacité du vaccin de façon significative. Afin de réduire la morbidité associée à la grippe, l'offre d'un traitement antiviral précoce aux personnes vulnérables, même à celles qui ont été vaccinées, devrait être évaluée. À l'heure actuelle, aucune résistance à l'oseltamivir ou au zanamivir n'a été détectée dans les souches circulant au Canada, tant pour le virus de l'influenza A(H3N2) que pour celui de l'influenza B.

L'indice d'activité grippale est déterminé principalement en fonction de la proportion des tests positifs pour influenza dans les 45 laboratoires sentinelles du Québec.

Il est toutefois modulé en fonction des autres indicateurs d'activité grippale, telles que le nombre d'éclosions d'influenza en CHSLD, les visites à l'urgence pour un SAG, et les départs de l'urgence ou les admissions pour un diagnostic de pneumonie/influenza.

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour l'influenza A et B et le virus respiratoire syncytial (VRS) rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, 2014-2015



MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE ET AMBULATOIRE

Le nombre d'éclosions de grippe dans les CHSLD est à la baisse

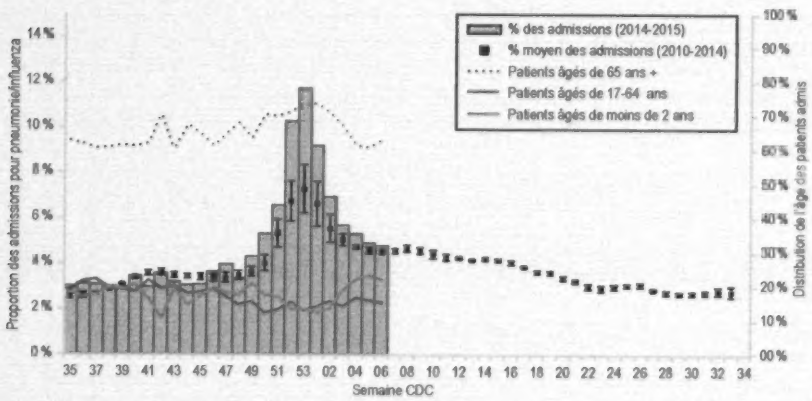
La saison 2014-2015 a débuté abruptement par une hausse précoce et marquée des éclosions dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Depuis le début de la saison, 398 éclosions d'influenza ont été déclarées dans ces établissements, dont 92 % étaient dues au virus de l'influenza A. Au cours des trois dernières semaines, nous avons vu une diminution marquée du nombre d'éclosions déclarées, alors qu'il est passé de 68 durant le pic épidémique à 10 la semaine dernière. Au total, plus de 6000 cas ont été rapportés, ce qui représente approximativement 19 % des 35000 résidents exposés, ou un résident exposé sur cinq.

Admissions pour pneumonie/influenza

Les admissions pour pneumonie/influenza représentent 4,8 % des admissions dans les centres hospitaliers québécois, ce qui est légèrement au-dessus des valeurs attendues en saison grippale (4,4 % à 4,7 %). Par ailleurs, on remarque un changement de l'âge des personnes admises pour ce diagnostic ; les admissions pédiatriques (<18 ans) représentent maintenant 22 % des admissions pour pneumonie/influenza alors qu'elles ne représentaient que 12 % au pic de circulation de l'influenza A(H3N2).

GRAPHIQUE 2

Proportion d'admissions pour pneumonie/influenza et distribution d'âge des patients admis dans les centres hospitaliers québécois, saison 2014-2015



Consultations pour un SAG et départs des urgences pour pneumonie/influenza

Les données relatives à deux indicateurs se situent toujours au-delà des valeurs attendues, et ce, même en saison grippale. Ainsi, les consultations pour un SAG à l'urgence représentent actuellement 6 % des consultations alors qu'on en attendrait entre 4 % et 5 %. Les départs pour pneumonie/influenza représentent 3 % des départs alors qu'on en attendrait entre 1,8 % et 2,3 %.

Les personnes âgées sont particulièrement sensibles à la grippe due au virus de l'influenza A(H3N2), alors que les enfants apparaissent quant à eux plus affectés par le VRS et l'influenza de type B. Ces faits pourraient expliquer, en partie, la hausse des consultations à l'urgence et la hausse apparente des admissions pédiatriques.

La circulation du VRS et l'influenza B connaissent actuellement une augmentation de leur circulation.

UNE SAISON PLUS INTENSE QUE LA MOYENNE

Plus de tests et plus de cas confirmés par les laboratoires

Depuis le début de la saison 2014-2015, soit depuis le 16 novembre dernier, un peu plus de 48 000 tests recherchant l'influenza ont été réalisés dans les 45 laboratoires sentinelles du Québec. C'est environ 20 000 de plus que ce qu'on a pu observer entre 2010 et 2014, en moyenne, durant les 13 premières semaines de circulation. Cette forte demande a pu être influencée par une circulation plus soutenue du virus, mais aussi d'une demande plus importante provenant de la population des médecins. La proportion des tests positifs, quant à elle, a aussi été plus élevée au pic épidémique, soit 37 % comparativement à un pic moyen de 27 % entre 2010 et 2014. À titre de comparaison, la proportion maximale de tests positifs pour l'influenza a été de 38 % en 2012-2013 alors que l'influenza A(H3N2) était aussi le sous-type prédominant.

Ces données témoignent d'une transmission soutenue dans la communauté et probablement d'une hausse de la détection des cas. En conséquence, le nombre de cas confirmés dans les laboratoires sentinelles depuis le début de la saison est actuellement de 11 600, soit environ deux fois plus qu'entre 2010 et 2014. En 2012-2013, le nombre de cas confirmé était d'environ 9 500.

Le nombre de tests demandés, la proportion de tests positifs et, par conséquent, le nombre total de tests positifs pour l'influenza ont été d'une à deux fois plus élevés que ce que l'on observait au même moment entre 2010 et 2014.

Il est difficile de comparer ces données avec celles qui ont été obtenues avant 2010, puisque les techniques utilisées par plusieurs laboratoires étaient moins sensibles à cette époque. De plus, partir de 2010 nous permet de ne pas tenir compte des deux vagues de la pandémie d'influenza A(H1N1) enregistrées en 2009.

Hausse des décès constatée pendant la saison grippale

Le nombre de décès attribuables à la grippe est un indicateur difficile à évaluer et à interpréter. En fait, nous ne disposons pas de données fiables pour surveiller adéquatement le nombre de décès directement attribuables à la grippe et nous ne pouvons pas l'estimer directement.

Depuis la saison 2010-2011, on effectue la surveillance des décès par pneumonie/influenza. Depuis la mise en place de cette surveillance, on nous signale en moyenne 2 300 décès par pneumonie/influenza par année, dont environ 1 300 seraient survenus durant la saison où l'influenza est en circulation. Toutefois, il est important de signaler que la définition et la méthode de classification peut varier d'un établissement à l'autre, et que d'autre part, un code diagnostic de pneumonie/influenza ne signifie pas qu'il y ait eu un diagnostic d'influenza confirmé en laboratoire. Cette catégorie comprend donc plusieurs décès liés à d'autres virus respiratoires, à des bactéries ou à d'autres causes. En fait, l'influenza ne serait pas le contributeur majeur des décès par pneumonie/influenza.

En l'absence de données qui confirment qu'un décès est attribuable à la grippe, on ne peut qu'estimer de façon imprécise quelle part des décès par pneumonie/influenza pourrait être vraisemblablement attribuable à cette infection. En effet, les CDC américains estiment que sur une année donnée, soit sur toutes les 52 semaines de surveillance, seulement 8,5 % des décès par pneumonie/influenza seraient réellement attribuables à la grippe. En saison grippale, lorsque la circulation du virus est la plus importante, l'influenza pourrait représenter jusqu'à un maximum de 20 % des cas. On estime donc, de façon très approximative, que le nombre de décès se situe quelque part entre 8,5 % de tous les décès par pneumonie/influenza (environ 200) et 20 % de ceux qui surviennent durant la saison grippale (environ 300).

Ce ne sont pas tous les décès par « pneumonie ou influenza » qui sont confirmés en laboratoire. En fait, seule une petite portion de ces décès serait réellement attribuable à la grippe. On ne peut donc qu'estimer le nombre de décès qui pourraient être attribuables à cette infection.

Les saisons marquées par la grippe due au virus de l'influenza A(H3N2) sont souvent associées à une hausse du nombre des consultations, des hospitalisations et des éclosions. Même si la proportion des hospitalisations et des décès reste inchangée, il arrive d'observer une hausse du nombre absolu de décès, ce qui n'est pas inhabituel pour ce sous-type d'influenza.

La saison 2014-2015 a été marquée par la circulation presque exclusive de l'influenza A(H3N2) et par une vaccination pauvrement efficace contre cette souche. Le sous-type A(H3N2) est généralement reconnu pour entraîner plus de consultations, d'hospitalisations et d'éclosions que les influenza A(H1N1) et B. On a également observé lors des saisons grippales où il y a circulation prépondérante de l'influenza A(H3N2), une augmentation du nombre absolu de décès rapportés. De manière similaire, la saison 2014-2015 semble démontrer une hausse du nombre total de décès par pneumonie/influenza rapportés, et ce, même si la proportion d'hospitalisation et de mortalité n'est pas différente. Cette situation n'est pas inhabituelle pour ce sous-type d'influenza.

RECOMMANDATIONS

Les activités de vaccination sont à maintenir, tout particulièrement chez les bébés

À l'heure actuelle, l'activité grippale est encore élevée (>18 % de tests positifs dans les laboratoires) et la circulation devrait se poursuivre jusqu'à la fin avril. Nous observons actuellement le début d'une circulation plus intense de souche B, qui suit habituellement la vague d'influenza A, et qui devrait se poursuivre pendant encore plusieurs semaines. De plus, l'influenza B touche particulièrement les enfants et le calendrier vaccinal des enfants comporte 2 doses. Enfin, contrairement au H3N2, nous n'avons pas de raison de croire que le vaccin n'a pas une bonne efficacité vaccinale contre les souches B circulantes.

Il est important de se prémunir contre la pneumonie à pneumocoques

Cette infection est une complication fréquente de la grippe. Parmi les personnes visées par la campagne de vaccination gratuite contre la grippe, plusieurs peuvent aussi recevoir sans frais le vaccin contre le pneumocoque. Renseignez-vous à l'adresse suivante : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2014/14-278-26F.pdf

PROCHAINE PARUTION :
LE 13 MARS 2015

Le bulletin *Flash grippe* est une production du Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza, les laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions sociosanitaires 17 et 18), le service Info-Santé et Info-Social, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et les directions régionales de santé publique.

14-294-16W © Gouvernement du Québec, 2015
ISSN : 1927-792X

Santé et Services sociaux Québec